

Estratificação de risco cardiovascular em pacientes de Unidades Básicas de Saúde em União da Vitória-PR

Cardiovascular risk stratification in patients at Basic Health Units in União da Vitória-PR

Rafael Fiamoncini Ferreira¹, Elise Souza dos Reis², Erildo Vicente Müller³

1. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6980-6462>. Farmacêutico-Bioquímico. Especialista em Análises Clínicas, Toxicologia e Gestão em Saúde. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil.
E-mail: rafaelfiamon18@gmail.com.br.

2. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4266-9779>. Médica. Doutora em Cardiologia. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil
E-mail: relisesouzadossantos@gmail.com

3. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4643-056X>. Farmacêutico-Bioquímico. Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil
E-mail: erildomuller@hotmail.com

CONTATO: Autor correspondente: Rafael Fiamoncini Ferreira | Endereço: Rua Emilio Pedro Weiss, 42, São Pedro. Porto União-SC Telefone: (42) 988165596 E-mail: rafaelfiamon18@gmail.com.br

RESUMO

A porta de entrada do Sistema único de Saúde acontece nas Unidades básicas de saúde que tem a finalidade de atender até 80% dos problemas básicos de saúde da população. O objetivo desse estudo trata-se de uma estratificação de risco cardiovascular baseada na diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia de prevenção de doença cardiovascular. Analisaram-se prontuários de 164 pacientes, os quais foram classificados por

características sociodemográficas, laboratoriais, medicamentosa, equipe multidisciplinar e interpretação clínica. A estratificação geral de pacientes foi de 26,2% na faixa de risco muito alto, 51,2% alto, 18,9% intermediário e 3,7% baixo. Observou-se uma prevalência de aproximadamente 75% dos pacientes estratificados, apresentando-se fora das metas terapêuticas conforme o Consenso Brasileiro para a Normatização do Perfil Lipídico entre os prontuários analisados e no que diz respeito a meta pressórica, pode-se observar uma prevalência de descontrole da pressão arterial nos grupos de risco intermediário de 38,7% e muito alto risco de 39,5%.

DESCRITORES: Pontuação de Risco Cardiovascular. Risco Cardiovascular. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

The gateway to the Unified Health System takes place in the Basic Health Units, which have the purpose to support up to 80% of the population's basic health problems. This study talks about the cardiovascular risk stratification based on the guideline of the Brazilian Society of Cardiology on prevention of cardiovascular disease. The medical records of 164 patients were analyzed, who were classified by sociodemographic, laboratory, medicative, multidisciplinary team and clinical interpretation characteristics. The overall stratification of patients was of 26.2% in the very high risk range, 51.2% high, 18.9% intermediate and 3.7% low. It was observed a prevalence of approximately 75% of the stratified patients, presenting themselves outside the therapeutic goals according to the Brazilian Consensus for the Standardization of the Lipid Profile among the analyzed records and with regard to the blood pressure goal, we can notice a prevalence of uncontrolled blood pressure in the intermediate risk groups of 38.7% and very high risk of 39.5%.

DESCRIPTORS: Cardiovascular Risk Score. Cardiovascular Risk. Basic Health Unit.

INTRODUÇÃO

A Integralidade e equidade são os alicerces de maior significância do Sistema Único de Saúde (SUS) na opinião dos mais distintos autores, o que traz à tona a responsabilidade de execução de uma série de ações coordenadas e contínuas de serviços de prevenção e cura para a população¹.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) constituem-se como o primeiro passo no universo do SUS. Esses postos estão em mais de 4.000 municípios brasileiros e visam atender até 80% dos problemas primários de saúde de cidadãos residentes na região da unidade, de forma descentralizada, priorizando atendimentos mais frequentes de menor complexidade, evitando assim que ocorra a migração de pacientes para outras unidades hospitalares emergenciais. O aperfeiçoamento dos serviços prestados nas UBS tem a finalidade de agir de forma profilática evitando agravos maiores^{2,3}.

O objetivo geral do estudo foi realizar a estratificação de nível de risco cardiovascular, de acordo com a Diretriz brasileira de prevenção de doença cardiovascular em pacientes inclusos no grupo de doenças crônicas não transmissíveis, atendidos nas UBS Nossa Senhora do Rocio e Nossa Senhora da Salete, além dos objetivos específicos que foram, descrever e classificar os pacientes segundo grupo de risco cardiovascular, baixo, intermediário, alto e muito alto. Avaliar se dentro da classificação de risco cardiovascular, os pacientes se encontravam dentro das metas terapêuticas conforme o Consenso Brasileiro para a Normatização do Perfil Lipídico preconizada pela diretriz e por fim avaliar se este paciente se encontrava dentro das metas pressóricas conforme a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de 2017.

Frente ao exposto, justifica-se a pesquisa ao fato das principais causas de óbitos tanto no Brasil quanto no mundo, estarem correlacionados às doenças cardiovasculares (DCV). Dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que cerca de 30% dos registros de letalidade ao redor do planeta são decorrentes de DCV, incidência essa, muito próxima das porcentagens encontradas no Brasil. São cerca de 17,7 milhões de óbitos anuais por DCV em todo o mundo. Esse quadro epidemiológico preocupa por implicar em diminuição da qualidade de vida da população e ainda resultar em custos elevados e crescentes para as políticas públicas^{4,5}.

MÉTODO

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal⁶ realizado em duas Unidades Básicas de Saúde do Município de União da Vitória-PR, no período de 01/01/2019 até 31/12/2019. Os dados foram obtidos por meio da análise de prontuários digitais das UBS Nossa Senhora da Salete e UBS Nossa Senhora do Rocio. O município de União da Vitória-PR possui onze UBS em sua totalidade.

As Unidades Básicas de Saúde foram selecionadas para a pesquisa, devido à acessibilidade dos prontuários, além de características distintas de perfil socioeconômico dos bairros onde se encontram situadas as UBS. Foram aplicados instrumentos de coleta de dados para verificar a prevalência de adesão a programas, também dados sociodemográficos. Assim, foi avaliada a prevalência em todos os níveis de estratificação de risco elencados.

Foram inclusos pacientes que realizaram acompanhamento nas UBS, cadastrados no grupo de doenças crônicas não transmissíveis, que possuíam entre 18 até 83 anos, faziam acompanhamento no ambulatório dessas unidades básicas. Esses pacientes realizaram pelo menos quatro consultas no período de 1 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro do mesmo ano. Foram avaliadas as variáveis: UBS em acompanhamento, idade (anos), sexo, comorbidades (hipertensão arterial e diabetes mellitus), presença de doenças de base (acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio prévio), além de hábitos prejudiciais como tabagismo autodeclarado.

Foram registrados o valor numérico da dosagem do perfil lipídico (colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL e triglicerídeos), prescrição medicamentosa e número de acompanhamentos na equipe multidisciplinar. Foi analisado se os pacientes estratificados se encontravam dentro das metas terapêuticas conforme o Consenso Brasileiro para a Normatização do Perfil Lipídico^{7,8}. Foram realizadas as análises qualitativas de atingir ou não a meta pressórica, embasada na 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, de 2017⁷. Após estes registros, os pacientes foram estratificados conforme o risco cardiovascular, com auxílio do Capítulo IX da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10)⁹ e posteriormente a classificação da SBC em: Baixo, Moderado, Alto e Muito Alto Risco. Dentre os vários algoritmos existentes, essa pesquisa fez o uso do Escore de Risco Global, recomendado pela

atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose, de 2017¹⁰.

Inicialmente, procedeu-se a análise descritiva dos dados com estimativa de frequência simples e relativa das variáveis segundo a estratificação de risco. Em seguida, verificou-se a diferença do perfil com o teste de qui-quadrado. Para melhor visualização dos resultados, produziram-se gráficos de barras. Os testes foram considerados significativos quando $p < 0,05$ e as análises foram realizadas no SPSS 21.0¹¹.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ensino e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG), aprovado sob o parecer nº4. 383.317 dispensado de TCLE, seguindo os trâmites exigidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram inclusos um total de 164 prontuários eletrônicos de pacientes - PEP (ambulatorial), de um total de 435 prontuários filtrados inicialmente (37,70% de todos os prontuários filtrados). Houve uma limitação na quantidade de prontuários analisados, devido à necessidade física de extração dos mesmos, que ficou inviabilizada pelo período pandêmico.

O Total de prontuários analisados em pacientes nas duas unidades de saúde, onde realizou-se a pesquisa foram: 59 Prontuários na UBS Nossa Senhora da Salete e 105 Prontuários na UBS Nossa Senhora do Rocio, município de União da Vitória-PR, 2020. Dentre a totalidade de prontuários analisados na UBS Nossa Senhora da Salete e UBS Rocio 98 pacientes são do sexo feminino (59,75%) e 66 (40,25%) referem-se a pacientes do sexo masculino.

Tabela 1. Análise estatística descritiva, faixa etária, sexo e estratificação dos pacientes dos prontuários analisados, nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020:

		UBS ROCIO		UBS SALETE		Total		p-valor entre UBS
		N	%	N	%	N	%	
FAIXA ETÁRIA	Até 20 anos	1	1,0%	0	0,0%	1	0,6%	0,507
	21 a 40 anos	3	2,9%	1	1,7%	4	2,4%	
	41 a 60 anos	32	30,5%	11	18,6%	43	26,2%	

	Acima de 60 anos	69	65,7%	47	79,7%	116	70,7%	
SEXO	Feminino	60	57,1%	38	64,4%	98	59,8%	0,281
	Masculino	45	42,9%	21	35,6%	66	40,2%	
ESTRATIFICAÇÃO	BAIXO	5	4,8%	1	1,7%	6	3,7%	0,363
	INTERMEDIÁRIO	17	16,2%	14	23,7%	31	18,9%	
	ALTO	54	51,4%	30	50,8%	84	51,2%	
	MUITO ALTO	29	27,6%	14	23,7%	43	26,2%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A faixa etária dos pacientes estratificados é predominantemente acima de 60 anos, 70,7%. Houve 26,2% de pacientes estratificados na faixa etária de 41 a 60 anos, 2,4% de pacientes estratificados na faixa etária de 21 a 40 anos e 0,6% de pacientes na faixa etária até 20 anos.

Obteve-se o percentual predominante de 59,8% pertencentes ao sexo feminino e 40,2% pertencentes ao sexo masculino, dados sociodemográficos esses que se assemelham a estudos comparáveis a realidade brasileira. Ao comparar o perfil das UBS estudadas, pode-se afirmar que não houve diferença estatisticamente significativa entre as UBS quanto à faixa etária e sexo ou estratificação dos pacientes incluídos no estudo.

Ao comparar a estratificação geral de pacientes em ambas UBS estudadas, obteve-se a estratificação de 26,2% dos pacientes, na faixa de risco muito alto, 51,2% dos pacientes na faixa de risco alto, 18,9% dos pacientes na faixa de risco intermediário e por fim, 3,7% dos pacientes na faixa de risco baixo.

Tabela 2. Estratificação dos pacientes, por faixa etária e sexo, e pacientes tabagistas nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020:

		ESTRATIFICAÇÃO								p-valor entre estratificações
		ALTO		BAIXO		INTERMED.		MUITO ALTO		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
FAIXA ETÁRIA	Até 20 anos	1	1,2%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	<0,001
	21 a 40 anos	1	1,2%	3	50,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	41 a 60 anos	27	32,1%	1	16,7%	11	35,5%	4	9,3%	
	> 60 anos	55	65,5%	2	33,3%	20	64,5%	39	90,7%	
SEXO	Feminino	53	63,1%	3	50,0%	16	51,6%	26	60,5%	0,684
	Masculino	31	36,9%	3	50,0%	15	48,4%	17	39,5%	

TABAGISTA	Não	77	91,7%	6	100,0%	25	80,6%	36	83,7%	0,245
	Sim	7	8,3%	0	0,0%	6	19,4%	7	16,3%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Correlacionando a estratificação de risco dos pacientes por faixa etária e sexo, compreende-se significativa influência das mesmas na alocação do escore de risco. 63,1% dos pacientes estratificados em alto risco e 60,5% dos pacientes estratificados em muito alto risco são mulheres. Houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias e as estratificações. Entre pacientes estratificados como intermediário, alto e muito alto, a faixa etária mais frequente foi de maiores de 60 anos, e entre os classificados como baixo risco, a faixa etária mais frequente foi 21 a 40 anos. Os dados expostos são comparáveis a outros estudos semelhantes ao redor do mundo, que envolvem estratificação de risco global e são embasados no aumento da pontuação de risco global, proporcionalmente a maior faixa etária que se encontra o estratificado (SBC, 2017). Foram estratificados 21 pacientes que se declararam tabagistas, 12,19% de todos estratificados, deste total, 14 encontraram-se em níveis de risco alto e muito alto. Não houve associação estatisticamente significativa entre a estratificação e sexo ou tabagismo.

Tabela 3. Pacientes que apresentaram alguma comorbidade prévia, nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020

		ESTRATIFICAÇÃO								p-valor entre estratificações
		ALTO		BAIXO		INTERMERD.		MUITO ALTO		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
D.M.	Não	25	29,8%	6	100,0%	30	96,8%	27	62,8%	<0,001
	Sim	59	70,2%	0	0,0%	1	3,2%	16	37,2%	
H.A.S.	Sim	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	43	100,0%	-
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	37	86,0%	
A.V.C.	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	14,0%	0,001
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	19	44,2%	
I.C.C.	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	24	55,8%	<0,001
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	31	72,1%	
I.A.M.	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	27,9%	<0,001
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	31	72,1%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Dentre os pacientes que apresentaram comorbidades prévias, houve associação estatisticamente significativa entre as estratificações e as comorbidades. Para DM, entre os estratificados como alto risco, grande parte possuía DM (70,2%

dos pacientes estratificados em alto risco, são diabéticos), o que não ocorreu para as outras estratificações, em que a maioria não tinha DM. Para HAS, a análise não foi necessária, haja visto que 100% dos pacientes em todas as estratificações possuíam HAS. Para AVC, 100% não tinha AVC em todas as estratificações, exceto na faixa de risco muito alto em que 14% sofreram AVC previamente. Para ICC, 100% não tinha ICC para todas as estratificações, exceto para faixa de risco muito alto em que 55,8% tinham ICC prévio. Para IAM, 100% não apresentavam IAM para todas as estratificações, exceto para o risco muito alto em que 27,9% tinham IAM prévio.

Tabela 4. Classe de medicamentos utilizados pelos pacientes, nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020

MEDICAÇÃO		ESTRATIFICAÇÃO								p-valor entre estratificações
		ALTO		BAIXO		INTERMED		MUITO ALTO		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Antihipertensivo	Sim	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	43	100,0%	-
	Não	24	28,6%	6	100,0%	31	100,0%	27	62,8%	<0,001
Antidiabético	Sim	60	71,4%	0	0,0%	0	0,0%	16	37,2%	
	Não	84	100,0%	6	100,0%	31	100,0%	41	95,3%	0,127
Antiarrítmico	Sim	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	4,7%	
	Não	73	86,9%	3	50,0%	29	93,5%	36	83,7%	0,043
Antidepressivo	Sim	11	13,1%	3	50,0%	2	6,5%	7	16,3%	
	Não	67	79,8%	6	100,0%	23	74,2%	19	44,2%	<0,001
Antinflamatório	Sim	17	20,2%	0	0,0%	8	25,8%	24	55,8%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

No que se refere à classe de medicamentos utilizados pelos pacientes estratificados, houve associação estatisticamente significativa entre as estratificações e o uso dos fármacos antidiabéticos, antidepressivos e antiinflamatórios. Para os fármacos antihipertensivos 100% dos pacientes em todas as estratificações, estavam em uso. Para fármacos antiarrítmicos não houve associação estatisticamente significativa.

Tabela 5. Meta pressórica e meta estratificada de LDL dos pacientes nas UBS estudadas no município de União da Vitória, PR, 2020:

		ESTRATIFICAÇÃO								p-valor entre estratificações
		ALTO		BAIXO		INTERMED.		MUITO ALTO		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
META	Não	63	75,0%	4	66,7%	25	80,6%	33	76,7%	0,870
TERAPÊUTICA	Sim	21	25,0%	2	33,3%	6	19,4%	10	23,3%	

META	Não	30	35,7%	1	16,7%	12	38,7%	17	39,5%	0,735
PRESSÓRICA	Sim	54	64,3%	5	83,3%	19	61,3%	26	60,5%	

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as proporções das metas terapêuticas ou pressóricas e as estratificações. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as proporções das dislipidemias: Colesterol, Glicemia e Colesterol LDL quando testada frente às estratificações. Para Triglicerídeos, houve diferença estatisticamente significativa. Sendo que a diferença foi para a estratificação intermediária em que triglicerídeos estava alterado em 22,6%. O número de dislipidemias também foi testado quanto às diferenças entre as estratificações e não houve diferença estatisticamente significativa.

Observa-se nesse estudo, uma prevalência de aproximadamente 75% dos pacientes estratificados, apresentando-se fora das metas terapêuticas conforme o Consenso Brasileiro para a Normatização do Perfil Lipídico entre os prontuários analisados, porcentagem essa que sugere um risco bastante acentuado, inclusive em pacientes que ainda não estão em faixas de risco mais avançadas, como baixo 66,7% e intermediário 80,6%.

DISCUSSÃO

Dados expostos na tabela 1 e 2 assemelham-se a estudos comparáveis a realidade brasileira, demonstrando uma prevalência na incidência de pacientes estratificados, na faixa etária acima de 60 anos e do sexo feminino. A faixa etária incidente está proporcionalmente correlacionada com envelhecimento, e a proporção maior de mulheres está em conformidade com dados expostos em outros estudos, trazendo à tona constatações como o fato de as mulheres apresentarem maior preocupação em relação à saúde que os homens¹³.

Os níveis de estratificação concentrados em alto e muito alto risco, expõe uma nítida correlação com a faixa etária prevalente estratificada na pesquisa acima de 60 anos, demonstrando o envelhecimento associado proporcionalmente a fatores de risco, como o enrijecer da parede da artéria coronária, o que pode ocasionar aumento da pressão arterial. A presença de comorbidades na situação de descontrole da meta pressórica influencia a tomada de decisão clínica pelos médicos em relação à

prevenção, tratamento e utilização de serviços de saúde, as comorbidades aumentam a frequência de visitas a médicos de clínica geral e especialistas.

A tabela 2, realça uma prevalência relativamente baixa de pacientes que se declararam tabagistas, procura-se sempre destacar que o tabaco continua sendo a principal causa de doenças evitáveis e consequentemente morte nos países ocidentais. A extensão de em que seu uso habitual e cessação impactam a morbidade e mortalidade em pacientes com DCVs, justifica o realce exposto nessa pesquisa. Diversos estudos atuais, corroboram essa tese, demonstrando que os efeitos nocivos do tabagismo, comportam-se como um aditivo a vários fatores de risco cardiovascular, como fumar está associado a quase metade do aumento nas mortes cardiovasculares e mortalidade por todas as causas entre pacientes diabéticos¹³.

A tabela 3 está correlacionada com fatores de risco como diabetes e hipertensão, que foram mais fortemente associados ao desenvolvimento de infarto do miocárdio, além de risco aumentado de morte em pacientes mais velhos, com até 70 anos de idade¹⁴. O monitoramento de pacientes com comorbidades correlacionadas as DCVs, em ambientes de cuidados primários de saúde é importante, uma vez que os pacientes que apresentam essa sinergia negativa são acometidos em maior escala por aumento da mortalidade, diminuição da qualidade de vida e aumento do uso de serviços de saúde em comparação com pacientes sem comorbidade, e por esse fato, estão concentrados nessa pesquisa, nos níveis de “alto” risco e “muito alto” risco.

Comorbidades como diabetes tipo 2 e a insuficiência cardíaca são companheiras comuns na prática clínica. Por volta de 20% a 40% de todos os pacientes com insuficiência cardíaca possui diabetes. Essa prevalência não é uma situação identificada somente nas últimas décadas, há relatos de confluência cardíaca e diabetes mellitus há mais de 130 anos¹⁴. Além disso, a presença de comorbidades, na situação de descontrole da meta pressórica, influencia a tomada de decisão clínica pelos médicos em relação à prevenção, tratamento e utilização de serviços de saúde, as comorbidades aumentam a frequência de visitas a médicos de clínica geral e especialistas¹⁵.

Dados publicados na literatura recente trazem prevalências de hipertensão arterial sistêmica bastante semelhantes entre pacientes femininos e masculinos, apesar de uma maior incidência entre os homens até os 50 anos, e entre as mulheres após essa idade⁸. A hipertensão é um estado prevalente, afetando por volta de 30% dos indivíduos adultos. É o requisito mais usualmente diagnosticado em consultas

ambulatoriais. As evidências sobre os benefícios do rastreamento de pressão arterial elevada estão bem estabelecidas. Por exemplo, a Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA, encontrou boas evidências de que o rastreamento para o tratamento da pressão alta em adultos reduz substancialmente a incidência de DCVs.

A pressão arterial é afetada por vários fatores de curto prazo, como emoções, estresse, dor, atividade física e drogas (incluindo cafeína e nicotina). Além da variabilidade momentânea do paciente, que gera uma hipertensão clínica isolada no consultório médico, conhecida como “hipertensão do jaleco branco”. A Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos EUA recomenda triagem anual para adultos com 40 anos ou mais e para aqueles que estão em aumento do risco de hipertensão. Pessoas com risco aumentado incluem aquelas que se encontram em estágio pré-hipertensão, pessoas com sobrepeso ou obesidade e afrodescendentes ¹⁶.

A tabela 4 expõe que medidas farmacológicas estavam sendo empregadas, a totalidade dos pacientes faz uso de pelo menos 1 fármaco antihipertensivo ou outros fármacos concomitantemente, muitas vezes configurando o conceito de polifarmácia, uma situação comum na atenção primária, o que enfatiza a importância de ações multidisciplinares no cuidado com os pacientes, em especial a atenção farmacêutica nesse âmbito em específico¹⁷.

A tabela 5 destaca prevalências de até 80,6% de pacientes estratificados dentro de seu escore de risco fora da meta terapêutica. As concentrações de colesterol LDL no sangue estão fortemente associadas ao risco de longo prazo de doença cardiovascular aterosclerótica. O benefício das intervenções para diminuição lipídica, para redução do risco de doenças cardiovasculares é comprovadamente embasada, por estudos de randomização mendeliana, estudos prospectivos de coorte epidemiológica e ensaios randomizados. O cumprimento das metas de redução global da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares, exigirá maior consciência do valor da determinação precoce do colesterol e avaliação cuidadosa das estratégias potenciais para redução das concentrações de lipídios ao longo da vida¹⁸. Ainda sobre a tabela 5, mais de 67% dos pacientes estratificados nos diversos escores de risco global, apresentaram em algum momento descontrole da sua meta pressórica o que é fator predisponente para alterações metabólicas, aumentando gradativamente o risco cardiovascular global¹⁹.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa teve como objetivo estratificar uma amostra representativa da população incluída no grupo de doenças crônicas não transmissíveis atendidas no município alvo da pesquisa, em duas UBS distintas. Apesar da limitação do estudo que foi a necessidade de coleta de dados presencial, durante o início do período pandêmico do COVID 19 no Brasil e as UBS apresentarem peculiaridades socioeconômicas e de quantidade populacional atingida, não houve diferença significativa nos níveis de estratificação entre os pacientes analisados, traduzindo homogeneidade aos dados descritos.

Países como o Brasil, com acesso universal de atenção à saúde, propiciam a possibilidade de realização de estratificações como a realizada na pesquisa, de uma forma confiável no que tange a homogeneidade amostral, o que traz grandes benefícios nas tomadas de decisões de políticas públicas, desde que essas informações extraídas, sejam eficientemente utilizadas.

Essa pesquisa procurou realçar a importância de estratificar os pacientes nas UBS, que são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). É consenso que avaliar o risco cardiovascular, torna-se mais importante que somente diagnosticar o paciente isoladamente. As porcentagens de prevalência entre os níveis de estratificação de risco nesse estudo, primordialmente risco alto e muito, apresentam números contundentes que exigem reflexões, principalmente em questões que envolvam intervenções ativas em alterações dislipidêmicas, DM e HAS. Assim como em outros estudos envolvendo estratificações de risco cardiovascular em com doenças crônicas não transmissíveis com métricas distintas, houve uma prevalência significativa de pacientes apresentando confluência de fatores de risco, um agravante notoriamente discutido nessa pesquisa.

Vários estudos ao redor do mundo demonstram alta variabilidade nos fatores de risco analisados, prejudicando a comparabilidade. Cabe salientar uma discordância observada no estudo, sobre apontamentos de risco cardiovascular inclusos nos prontuários pesquisados dos pacientes, em relação a estratificação de risco global realizada na pesquisa, essa indicando um quadro geral de pacientes estratificados com maior prevalência nos níveis de maior risco, o que traz à tona uma falta de padronização, e questionamento de como foi realizada.

Importante porcentagem de pacientes estratificados em baixo e intermediário risco cardiovascular apresentaram altas correlações com fatores de risco exponencial,

trazendo preocupações importantes, que sugerem uma alta probabilidade dos mesmos, fatalmente evoluírem para os níveis alto e muito alto de risco cardiovascular futuramente. A análise de estratificação de risco padronizada, pode propiciar um planejamento mais eficaz, trazendo medidas mais direcionais e profiláticas, essas que apresentam um grande potencial benéfico, principalmente na redução relativa de morbimortalidade. O cuidado baseado na estratificação de risco cardiovascular permite que a intervenção médica, seja realizada pelo risco absoluto global, e não somente por fatores singulares isolados, trazendo uma otimização no uso de intervenções, com equidade, resultando em benefício preventivo conforme a faixa de risco. Conclui-se que há uma necessidade de maior popularização do conhecimento das metas, visando principalmente à prevenção secundária.

REFERÊNCIAS

1. Pavão ALB. SUS: Em construção ou desconstrução? Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde. [Internet] 2016 [acesso em 2021 abr 18]; v. 10, n. 3, p. 3–5. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/16982/2/2.pdf>
2. BRASIL. Ministério da Saúde - UPA e UBS. Sabe o que significam essas siglas? Blog da Saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [acesso em 2021 abr. 17]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/servicos/33620-upa-e-ubs-sabe-o-que-significam-essas-siglas.html>
3. BRASIL.Ministério da Saúde. CIDADÃO O que tem na UBS. Programa Mais Médicos. [Internet]. Brasília: Governo Federal, Ministério da saúde; [acesso em 2021 abr. 17]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/o-que-tem-na-ubs>
4. Organização Pan-Americana de Saúde. Doenças cardiovasculares. [Internet]. [citado em 2018 fev. 20]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-Cardiovasculares&Itemid=839
5. Barroso TA, Marins LB, Alves R, Gonçalves ACS, Barroso SG, Rocha GS. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. Int. j. cardiovasc. scj. 2017 5 Dec; 30(2): 416-424. doi: <https://doi.org/10.5935/2359-4802.20170073>
6. Almeida-Filho N, Barreto ML. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia. Epidemiologia & Saúde: fundamentos, métodos, aplicações. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 165–174
7. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. [Internet]. [acesso em 2021 jan. 21]. 2016. Disponível em: <https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2017/7%C2%AA%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Hipertens%C3%A3o%20Arterial.pdf>

8. Sociedade Brasileira De Cardiologia. Atualização da diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. [Internet]. [acesso em 2020 out. 2020]. 2017. Disponível em: <https://sbc-portal.s3.sa-east-1.amazonaws.com/diretrizes/Pocket%20Books/2019/Atualiza%C3%A7%C3%A3o%20da%20Diretriz%20Brasileira%20de%20Dislipidemias%20e%20Preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20Aterosclerose%20%E2%80%93202017.pdf>
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Capítulo IX da 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10) DATASUS/MS. [Internet]. [acesso em 2019 mai. 19].2018. Disponível em: <http://www.cardiometro.com.br/calculo.asp>
10. IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
11. Mendez RDR, Santos MA, Wysocki AD, Ribeiro BA, Stauffer LF, Duarte SJH, et al. Estratificação do risco cardiovascular entre hipertensos : Influência de fatores de risco. Rev. bras. enferm. [Internet] 2018 [Acesso em 2021 jan 11]. 71(4): 2102–2108. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000401985&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
12. Bouabdallaoui N, Messas N, Greenlaw N, Ferrari R, Ford I, Fox K. et al. Impact of smoking on cardiovascular outcomes in patients with stable coronary artery disease. Eur. j. prev. cardiol. [Internet] 2020 [Acesso em 2021 mar 21]. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487320918728>
13. Zheng X, Dreyer RP, Hu S, Spatz ES, Masoudi FA, Spertus JA, et al. Age-specific gender differences in early mortality following ST-segment elevation myocardial infarction in China. Heart. 1o de março de 2015;101(5):349–55. [Internet] 2015 [acesso em 2020 dez 01]; 2014 Dec 15; 349-355. Disponível em: <https://heart.bmj.com/content/heartjnl/101/5/349.full.pdf>
14. Thomas CM. Type 2 Diabetes and Heart Failure: Challenges and Solutions. Current Cardiology Reviews. [Internet] 2016 [Acesso em 2020 dez 01]; 12(3), 249–255. Disponível em: https://www.whocc.no/atc_ddd_index/
15. Kendir C, Akker MVD, Metsemaker RVJ. Cardiovascular disease patients have increased risk for comorbidity: A crosssectional study in the Netherlands, European Journal of General Practice. [Internet] 2018 [Acesso em 2021 mar 13]; 24(1), 45-50. doi: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1398318>
16. Siu AL. Screening for High Blood Pressure in Adults: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Annals of Internal Medicine. [Internet] 2015 [Acesso em 2020 dez 13]. 163(10). 2015. doi: <https://doi.org/10.7326/M15-2223>
17. Nascimento RCRM, Álvares J, Junior AAG, Gomes IC, Silveira MR, Ediná AC, Leite SN, Costa KS, Soiero OM, Guibu IA, Karnikowski MGO, Acurcio FA. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publica. [Internet] 2017 [Acesso em 2021 dez 21]. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/xMVtMdQ7pdM7zcGSVFBMrdm/?format=pdf&lang=pt>
18. Brunner FJ, Waldeyer C, Ojeda F, Salomma V, Kee F, Sans S, Thorand B. et al. Application of non-HDL cholesterol for population-based cardiovascular risk

stratification: results from the Multinational Cardiovascular Risk Consortium. The Lancet. [Internet] 2019 [Acesso em 2021 fev 10]; 394, 2173–2183. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067361932519X>

19. SWAPNIL H. et al. Hypertension Canada's 2020 Evidence Review and Guidelines for the Management of Resistant Hypertension. Canadian Journal of Cardiology. [Internet] 2020 [Acesso em 2020 dez 20]. 36 ed. p. 625 – 634.2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32389336/>

RECEBIDO: 26/08/2021
ACEITO: 26/01/2022